



Seniorencentrum
St. Barbara



Seniorencentrum
Haus Heimberg



Seniorencentrum
St. Hannah

Ärztliche Erklärung

Angaben zur Person

Name: _____

Vorname(n): _____

Geburtstag: _____

Geburtsort: _____

In unseren Seniorencentren

- Haus Heimberg, Am Heimbergsflur 12, 97941 Tauberbischofsheim
- St. Barbara, Leuchtenbergstraße 22, 97947 Grünsfeld
- St. Hannah, Flurstraße 2a, 97941 TBB-Distelhausen

besteht **freie Arztwahl!**

Die **ärztliche Betreuung** für die Dauer des Heimaufenthalts wird durch folgende*ⁿ Ärztin/Arzt sichergestellt:

Name: _____

Vorname(n): _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon: _____

Fax: _____

Ort, Datum

Unterschrift Bewohner*in bzw. Bevollmächtigte*r